

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON .

Année Scolaire 1922-1923 — N° 118

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR ROLLET

De
L'IRITIS BLENNORRHAGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

À la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger COHEN-JONATHAN

Assistant Militaire du Centre Ophtalmologique de la XIV^e Région

Né à ALGER, le 17 Juillet 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

DE L'IRITIS BLENNORRHAGIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Année Scolaire 1922-1923 — N° 118

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR ROLLET.

De

L'IRITIS BLENNORRHAGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger COHEN-JONATHAN

Assistant Militaire du Centre Ophtalmologique de la XIV^e Région

Né à ALGER, le 17 Juillet 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ
Doyen	MM. J. LEPINE
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSEBRAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRÉVIER
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROLLET, *président*, M. NICOLAS, *assesseur*
MM. LERICHE et ROUBIER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

Je dédie ce travail, bien faible
hommage de mon affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX D'ALGER

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

DE L'IRITIS BLENNORRHAGIQUE

AVANT-PROPOS

A l'occasion de notre thèse, il est un devoir pour nous de rendre hommage à ceux qui nous ont prodigué leur science et qui nous ont guidé de leurs conseils.

A M. le Professeur Rollet, nous tenons à dire quelle place il tiendra dans nos souvenirs. Par son enseignement, vivant et clair, il nous a fait aimer l'ophtalmologie.

Notre reconnaissance va à nos Maîtres de la Faculté et des hôpitaux civils et militaires, particulièrement à M. le Médecin-Major de 1^{re} classe Bertein, Médecin-Chef du centre ophtalmologique de la 14^e Région, son enseignement clinique et ses conseils nous ont été très profitables.

Nous adressons en terminant nos meilleurs souvenirs à nos camarades d'études les docteurs Bourdon, Bouana, Dreyfuss et Maillet-Guy, etc.

INTRODUCTION

L'iritis blennorrhagique a prêté à des discussions nombreuses. Après avoir été admise par tous, son existence a été combattue avec acharnement. Sur les conseils de M. le Professeur Rollet, nous avons choisi cette question comme sujet de notre thèse. Dans notre travail, nous essayons de montrer que l'iritis blennorrhagique est une affection spécifique et nous l'étudierons en apportant en contribution deux observations personnelles dues à l'obligeance de M. le Professeur Rollet.

CHAPITRE PREMIER

Historique et Pathogénie.

Il n'y a pas très longtemps que l'iritis est connue comme une affection distincte. SCHMITT, le premier, en fit, en 1821, une description spéciale.

Aujourd'hui, grâce aux ophtalmologistes du dernier siècle, l'iritis constitue une des variétés les plus connues parmi les phlegmasies oculaires.

L'étiologie de cette affection a fait l'objet de nombreuses recherches, et si l'existence des iritis syphilitiques et tuberculeuses n'a pas été longtemps discutée, il n'en n'est pas de même pour l'iritis blennorrhagique. Il faut arriver à VETCH (1821), à LAWRENCE (1830), à MACKENZIE (1844), pour trouver, les premières descriptions cliniques et les premiers essais de pathogénie. « Dans la gonorrhée, écrit MACKENZIE, l'écoulement agit comme un virus qui infecte le sang. » En 1852, DIXON expose quelques observations de malades qu'il a pu étudier à l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres.

En 1858, J. ROLLET montre dans ses recherches sur le rhumatisme blennorrhagique, que cette forme d'iritis est

non seulement une complication de la blennorrhagie, mais qu'elle est une manifestation fréquente du rhumatisme blennorrhagique, au même titre que l'arthrite.

En 1867, GALEZOWSKI rapporte un cas d'iritis lié à la blennorrhagie.

En 1867, PETER et FOURNIER montrent que l'iritis, aussi bien que le rhumatisme blennorrhagique, laissent dans l'organisme une prédisposition marquée pour le retour des accidents à chaque blennorrhagie nouvelle.

RICORD, la même année, observa des iritis sans arthrite.

MENGIN (1880) cite un cas intéressant d'iritis blennorrhagique survenue plusieurs mois après une ophtalmie purulente.

BUCKERS (1886) publie une observation d'irido-cyclite tardive et à récidive.

DESPAGNET (1888) rapporte une observation d'iritis sans arthrite et une autre d'iritis précédée d'arthrite.

PANAS (1894) publie un cas d'iritis compliquée de conjonctivite et de dacryo-adénite.

ZIMMERMAN et MORAX publient chacun un cas d'irido-choroïdite suppurée d'origine blennorrhagique, terminé par la guérison.

L'entente semblait faite lorsque le professeur DE LAPERSONNE posa la question : Existe-t-il une iritis blennorrhagique ?

Déjà, en 1906, FAURE-BEAULIEU relevait dans la littérature, 34 cas de gonococcémie; depuis ce nombre s'est considérablement augmenté.

WEIL et COLANERI ont pu observer, en 1921, une forme septicémique pure.

Le gonocoque passe dans le sang, c'est une opinion

maintenant bien fondée qu'il serait aujourd'hui téméraire de contester. SOUPLÉ a insisté sur ces signes généraux, légers dans la plupart des cas, perceptibles dans les formes intenses, que la souffrance, le changement de régime, la suppuration uréthrale ne peuvent expliquer.

Ces signes sont la courbature, l'état gastrique, la pâleur, l'albuminurie, les complications à distance si fréquentes...

Toutes les parties de l'organisme peuvent être touchées par la blennorrhagie. La localisation du gonocoque au niveau de l'appareil locomoteur, donne naissance aux arthrites, aux synovites tendineuses, périostites, périchondrite constituant à proprement parler le rhumatisme blennorrhagique.

Toutes les parties du système nerveux ont été aussi atteintes par la blennorrhagie : les méninges qui entourent la moëlle comme celles qui entourent l'encéphale.

Le gonocoque peut créer des troubles trophiques, des exanthèmes angioneurotiques, tels que les érythèmes simples et polymorphes, l'urticaire, le purpura ; il peut envahir le péritoine, le péricarde, la plèvre, les tissus conjonctifs, les systèmes lymphatiques et sanguins, créant de nombreuses lésions parmi lesquelles nous citerons : les péritonites, péricardites et pleurésies, les abcès, les lymphangites, les adénites, les phlébites, les aortites et artérites en général, les endocardites.

Ces localisations prouvent cliniquement l'envahissement par voie sanguine. Cette preuve clinique associée à la preuve bactériologique de la gonococcémie passagère permet d'affirmer que la gonococcie est une maladie générale.

Pour expliquer ces complications, on a invoqué tour

à tour la métastase (SWEDIAUR), la sympathie organique (J. ROLLET), l'absorption du principe virulent (DE CASTELNAU), l'infection pyoémique (DIDAY, élève de LASÈGUE).

Cette dernière théorie se résume ainsi: Au niveau de la muqueuse enflammée se produit une absorption lente du pus, d'où empoisonnement du sang. Cette théorie, dite de LASÈGUE, fut en vogue jusqu'au moment où, grâce aux lumières de la bactériologie, cette question si obscure de la pathogénie s'est vivement éclairée.

Le microscope nous montre le gonocoque traversant les couches de la muqueuse uréthrale où il s'est implanté et arrivant aux vaisseaux, l'exsudation séro-leucocytaire tend bien à le repousser vers la surface de la muqueuse mais il peut, à un moment donné, soit libre, soit inclus à l'intérieur d'un leucocyte, passer à travers la paroi d'un vaisseau et gagner ainsi la circulation générale. Le gonocoque a été vu dans l'endothélium des parois vasculaires (WERTHEIM), sa présence dans le sang avant les travaux de FAURE-BEAULIEU, a été maintes fois constatée (THAYER et BLUMER, AHMAN, JULLIEN, SIBUT, COLOMBINI, PANICHI, etc.).

Si sa recherche a été souvent suivie d'insuccès (LICHTENSTEIN) la cause doit être attribuée à une technique défectueuse : Le gonocoque est rare dans le sang, il peut même disparaître par période, son passage se faisant par essaimages successifs. Il est donc nécessaire d'ensemencer une grande quantité de sang, 15 à 20 centimètres cubes, dans une grande quantité de bouillon ascite (pour réduire au minimum l'action empêchante du sérum-sanguin).

L'hémoculture donne ainsi des résultats positifs avec une assez grande fréquence.

Les travaux ne se sont pas arrêtés à la recherche du gonocoque dans le sang.

PÉTRONE (1883) trouve ce diplocoque dans une arthrite du genou ;

BQUSQUET (1885) le retrouve dans une arthrite sterno-claviculaire ;

KAMERER le trouve à plusieurs reprises au début de l'arthrite, et même constate sa disparition dès que commence la suppuration synoviale.

La preuve directe de sa colonisation dans l'œil manquait encore. On conçoit, en effet, l'hésitation des auteurs à ponctionner l'œil pour des recherches bactériologiques.

Les premiers travaux dans ce but furent faits par VAN MOLL en 1899 :

Examinant la sécrétion conjonctivale dans 6 cas de conjonctivite blennorrhagique métastatique, il trouva une fois le gonocoque. La même année, MORAX et ELMASSIAN isolèrent cet agent une fois sur dix cas examinés.

Ce n'est qu'en 1911 que SIDLER-HUGENIN ponctionna et étudia l'humeur aqueuse des malades atteints d'iritis blennorrhagique. Ses examens portèrent sur 9 malades, dont 5 à forme aiguë.

Dans cinq cas l'hémoculture fut positive et chez six malades dont l'inflammation uvéale était particulièrement intense, il trouva dans la chambre antérieure le gonocoque à l'état de pureté.

M. le Professeur ROLLET et AURAND reproduisirent, en 1912, par injection de culture et de toxines gonococciques, dans la chambre antérieure du lapin, des iritis dont les

caractères ressemblent à ce qu'on observe en clinique. Ces expériences devant servir de bases à nos conclusions, nous allons les exposer :

M. le Professeur ROLLET fit deux séries d'inoculations: l'une avec des cultures pures de gonocoques, l'autre avec des toxines pures.

EXPÉRIENCES FAITES AVEC DES CULTURES. — Une parcelle de culture pure de gonocoque est diluée dans un centimètre cube de sérum stérilisé.

V gouttes de cette émulsion sont inoculées dans la chambre antérieure du lapin. Dès le lendemain, l'humeur aqueuse présente un exsudat floconneux, grisâtre, se prolongeant dans la pupille.

Le trajet de la plaie d'inoculation est trouble.

L'iris est décoloré, les bords pupillaires sont gris, le fond d'œil est inéclairable. Trois jours plus tard, la totalité de l'iris et une partie de la pupille sont toujours recouvertes par un exsudat fibrineux. Le neuvième jour, apparaît un hypopyon, le cercle périkératique augmente de largeur. Puis, progressivement, le trouble de la chambre antérieure diminue; le seizième jour, on aperçoit deux synéchies postérieures; le vingt-unième jour, les adhérences ont cédé complètement, elles laissent voir leurs traces sur la cristalloïde antérieure. Le vingt-huitième jour, il ne reste plus comme reliquat de l'hypopyon, qu'une descémétite légère, apparaissant comme un trouble poussiéreux, généralisé à toute la face postérieure de la cornée. Le trente-deuxième jour, il ne reste plus qu'un léger œdème palpébral. Un mois et demi après l'inoculation, le lapin meurt. A l'autopsie, on constate de nombreuses taches ecchymotiques, couleur feuille morte, au niveau de l'intestin grêle, ainsi que plusieurs perforations; les autres organes sont sains.

L'examen de l'œil n'a montré que quelques dépôts pigmentaires sur l'endothélium de Descemet, avec vestiges d'une synéchie antérieure sur le trajet d'inoculation. Les vaisseaux iriens sont gorgés de sang, la recherche du gonocoque est restée négative.

Cette expérience montre deux faits :

1° La guérison à peu près complète d'une iritis plastique compliquée d'hypopyon.

2° La possibilité de provoquer une infection générale mortelle, car tous les viscères étant intacts, il est difficile d'attribuer la mort à une autre cause.

L'inoculation irienne de V gouttes de l'émulsion préparée a produit aussi une iritis plastique dont la guérison a été spontanée. 35 jours après l'inoculation, toutes les synéchies avaient disparu, la pupille était régulière, le fond était normal; la guérison s'est maintenue.

Les inoculations faites dans le corps vitré ont permis de constater, dès le lendemain, un exsudat dans la chambre antérieure, un liseré exsudatif grisâtre sur le bord pupillaire et un trouble généralisé du corps vitré.

L'iritis disparut rapidement et complètement sans traitement. Quant au trouble vitréen, il persista 3 semaines, après s'être délimité en deux masses réunies par une longue traînée grisâtre. Un mois après, l'hyalite était guérie.

Les inoculations au niveau du corps ciliaire restèrent sans résultat. M. le Professeur ROLLET attribue ces insuccès à une défense très active de cette région vis-à-vis du gonocoque.

EXPÉRIENCES FAITES AVEC DES TOXINES PURES. — Après inoculation de III gouttes de toxines dans la chambre antérieure du lapin et de I goutte au niveau de la cornée, il constate, trois jours après, un trouble dans la moitié supérieure de la cornée; la chambre antérieure est trouble, il existe de nombreuses synéchies postérieures. L'exsudat augmente peu à peu; puis, à partir du dixième jour, tous les signes d'iritis s'atténuent, les synéchies disparaissent spontanément. Au bout de 3 semaines, la cornée est complètement éclaircie. Deux mois et demi après l'inoculation, l'animal meurt.

On se demande si la toxine gonococcique n'a pas joué un rôle favorisant. L'examen microscopique de l'œil montre seulement des lésions de la couche épithéliale et des moeues ciliaires.

L'inoculation à l'intérieur du corps vitré a donné lieu aussi à une iritis plastique nettement constituée.

Dès le troisième jour, l'iris était godronné et il existait une hyalite aiguë.

De ces expériences, M. le Professeur ROLLET tire les conclusions suivantes:

I. Chez le lapin comme chez l'homme, le gonocoque affectionne le tractus uvéal, il produit de l'hypopyon dans la chambre antérieure et des opacités dans le vitré.

Ce fait est à rapprocher de la fréquence et de l'abondance des exsudats dans la chambre antérieure, et de la descémétite dans l'iritis blennorrhagique de l'homme.

FRIDENWALD les considère pour cette raison comme des iridocyclites et cette opinion est confirmée dans un cas d'iritis blennorrhagique de BYERS.

II. Les lésions semblent beaucoup plus souvent dues à la toxine qu'au gonocoque lui-même. Le micro-organisme, en effet, n'a jamais été retrouvé dans les yeux des lapins inoculés.

Cette opinion semble se confirmer aujourd'hui, car malgré de nombreuses expériences, SIDLER-HUGUENIN n'a pu mettre qu'une seule fois le gonocoque en évidence, après ponction et culture de l'humeur aqueuse, de nombreux malades atteints d'iritis gonococciques. Quelques années plus tard, TERRIEN, DEBRÉ et PARAFF (1920), reprirent à nouveau la question, ils aboutirent aux mêmes conclusions que M. le Professeur ROLLET.

Le gonocoque se développant difficilement chez les animaux, son mode d'action sur les tissus est fort mal connu.

WASSERMAN (1887) fait jouer aux toxines un rôle prépondérant dans les manifestations à distance de la gonococcie.

VAN MOLL (1889) prend la contre-partie. « Admettre

l'action de la gonotoxine, écrit-il, c'est entrer dans le domaine de l'hypothèse ».

KRUCKMANN (1908) reprend la question, selon lui le gonocoque agirait par ses endotoxines, libérées par la destruction *in situ* des microbes eux-mêmes peu viables dans le sang et dans les organes.

Ainsi s'expliquerait le fait que les micro-organismes ne se trouvent dans le sang qu'aux moments des accès fébriles et que leur recherche dans les arthrites et iritis subaiguës aient conduit les expérimentateurs à des insuccès.

CHAPITRE II

Etiologie.

Pour avoir une iritis blennorrhagique il faut avoir la blennorrhagie. A côté de cette cause indispensable au développement de l'affection qui nous occupe, il en est d'autres moins importantes sans doute, mais qui ont leur part dans la genèse de cette affection.

L'AGE a une grande influence. Si la blennorrhagie ne respecte aucun âge, aucune position sociale, elle n'en n'est pas moins fréquente à l'âge où il y a le plus de célibataires, à l'âge où la passion pousse à des commerces génésiques et contagieux.

Nos recherches permettent de dire que l'âge des malades varie de 17 à 56 ans avec prédominance de 17 à 35 ans.

Le SEXE joue un rôle considérable. Sans doute il est plus facile de mettre en évidence la gonorrhée chez l'homme que chez la femme, mais on est frappé de voir que sur une soixantaine de cas examinés deux seulement concernent la femme.

Une réserve toutefois doit être faite, et nous sommes

en droit de nous demander si les iritis métritiques dont parlent WEEKS, COLIN, TROUSSEAU, etc..., relativement fréquentes ne sont pas sous la dépendance de l'infection blennorrhagique des voies génitales de la femme. D'après de récentes recherches, la coexistence de lésions articulaires ne manqueraient pas... et des examens de laboratoire plus précis, plus fréquents, permettraient à notre avis de mettre plus souvent en évidence le gonocoque dans les parties génitales de la femme. Ainsi pourront être rapportés à cet agent certaines iritis qualifiées antérieurement de métritiques ou rhumatismales.

Une affection antérieure de l'iris semble créer un *locus minoris resistenciæ* où le gonocoque a plus de chances de frapper ses coups avec succès.

Ce microorganisme atteint de préférence les articulations qui ont été le siège d'accidents rhumatismaux, de même l'iritis blennorrhagique semble atteindre avec prédilection l'œil qui a subi une atteinte rhumatismale.

L'INTERVALLE qui sépare l'apparition de la blennorrhagie et celle de l'iritis est assez variable. Quelques précisions nous semblent ici nécessaires.

La virulence spéciale de certains gonocoques paraît intervenir pour les rendre plus envahissants.

VAQUEZ et LAUBRY, ANTONI cités par HUDELO (1921), ont vu des malades ayant contracté la blennorrhagie à la même source présenter tous, des localisations septicémiques.

D'autre part, indépendamment de la race microbienne certains sujets sont particulièrement prédisposés et présentent des septicémies à chaque nouvelle blennorrhagie. Ces questions étant posées, nous comprendrons aisément

pourquoi l'apparition de cette complication est si variable.

Dans la majorité des observations publiées, l'iritis s'est montrée une complication relativement précoce, contemporaine non pas du début, mais du déclin de l'écoulement. Dans la plupart des cas, l'iritis a suivi de quelques jours à deux mois, l'écoulement urétral (DESPAGNET 1888), ou bien est apparue au cours de blennorrhagie chronique, 15 mois et plus après le début.

Dans certains cas, l'apparition a été beaucoup plus tardive, certains auteurs ont rapporté des observations où le début de l'iritis remontait à deux, cinq, dix et même dix-sept ans après l'apparition de l'urétrite (WENDEL REBER et LAWRENCE, BROWING, GRIFFITH), ces observations relevaient nettement du gonocoque ainsi que l'ont montré les recherches bactériologiques et les heureux effets des vaccins et des sérums anti-gonococciques. Dans certains cas, d'ailleurs nombreux, d'iritis à rechutes, survenant chez des prédisposés (HAMON, MORAX), chaque poussée nouvelle de blennorrhagie était suivie à quelques jours d'intervalle d'une poussée oculaire. Il est bien entendu que ces cas ne sont pas considérés comme des cas d'iritis blennorrhagique tardive.

La fréquence des complications iriennes est difficile à apprécier en raison du nombre considérable de blennorrhagies. DE LAPERSONNE considère l'iritis gonococcique comme extrêmement rare : « A peine pouvons-nous mettre sur 7.000 malades examinés tous les ans une ou deux fois l'étiquette d'iritis blennorrhagique. » D'autres statistiques semblent au contraire donner une plus grande fréquence de cette affection. WORDSWORTH la trouve dans 3 0/0 des iritis, BROWN dans 5 0/0, YELD dans 15 0/0,

HIRAM WOOD dans 33 0/0 des formes dites récidivantes,
WENDEL REBER dans 20 0/0 des observations d'iritis.

TERRIEN et CANTONNET étudiant 38 cas d'iritis rapportent 3 cas d'iritis blennorrhagique. Les statistiques varient donc sensiblement, on ne saurait s'en étonner car certains faits relèvent d'une étiologie complexe et peuvent être rangés sous telle ou telle rubrique suivant les tendances de chacun. D'après les cas observés à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, on peut admettre que 60 0/0 des cas d'iritis sont d'origine syphilitique, la gonococcie ne semble réclamer pour elle que 4 à 6 0/0 du nombre total des iridocyclites examinées.

L'examen des 34 cas de gonococcémie de FAURE-BEAULIEU nous donnera une dernière idée sur la fréquence de l'iritis blennorrhagique par rapport à un nombre donné de septicémie à gonocoques.

Relevant sur les 34 observations de cet auteur, un cas d'iritis pour trois cas de conjonctivite, nous en déduirons les proportions suivantes: sur 100 gonococcémies, il y a, en moyenne, 3 localisations iriennes et 9 localisations conjonctivales.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique et Symptomatologie.

L'iritis blennorrhagique peut revêtir plusieurs formes. Au point de vue anatomo-pathologique, nous envisagerons la forme plastique avec sa variété purulente et la forme séreuse avec sa variété hémorragique.

I. IRITIS PARENCHYMATEUSE. — Suivant la virulence et l'abondance des germes d'une part et d'autre part l'énergie réactionnelle de l'iris, nous aurons soit la variété plastique simple, soit la variété purulente ; ces deux variétés constituant le *type parenchymateux* (LAGRANGE et VALUDE). Il se forme dans ces cas un exsudat interstitiel irien et un exsudat libre dans la chambre antérieure. Ce dernier est le plus souvent fibrineux, sa précipitation entraînera une diminution de l'acuité visuelle et la formation d'adhérences au niveau du bord infero-latéral de la pupille ; la face postérieure de la cornée présentera aussi des couches fibrineuses dans certains cas.

L'humeur aqueuse renferme parfois des flocons fibreux très abondants s'accumulant avec quelques leucocytes à la partie déclive de la chambre antérieure. Quand

l'iritis revêt la forme suppurée, l'iris apparaît tuméfié, gonflé ressemblant à une véritable tumeur, l'humeur aqueuse est trouble, louche ; le pus en plus ou moins grande quantité se collecte toujours à la partie déclive ; *l'hypopyon est considérable*. Dans certains cas où l'exsudation est très abondante, il peut y avoir occlusion complète de la pupille.

II. IRITIS SÉREUSE. — L'inflammation d'une séreuse varie avec la nature de l'exsudat qui remplit sa cavité. Suivant que cet exsudat sera fibrineux ou hémorragique, nous aurons, soit le type séreux pur, soit le type hémorragique. Pour LIPSKI et les auteurs classiques, l'iritis blennorrhagique revêt essentiellement la forme séreuse : l'iris est bien touché, mais les exsudats se font dans la chambre antérieure, dans l'humeur aqueuse, qui précipite sur l'endothelium cornéen postérieur. Ainsi se constitue ce que MACKENZIE appelle *l'aquo-capsulite*.

En réalité, si on étudie les observations où la variété de l'iritis est signalée, on se rend compte que la forme plastique simple, sans précipité, est au moins aussi fréquente que la variété séreuse pure.

Dans les deux cas observés par M. le Professeur ROLLET, les examens microscopiques de l'œil vivant, à l'aide de *l'appareil de Gullstrand*, n'ont pu mettre en évidence ces précipités. Ces résultats nous conduisent à penser que l'iritis blennorrhagique peut affecter soit la forme plastique, soit la forme séreuse, indifféremment.

Il nous semble nécessaire de dire quelques mots sur la variété si rare et si intéressante de *l'iritis hémorragique gonococcique*. Il n'en existe, à notre connaissance, que deux observations. L'une fut publiée par PANAS, l'autre

par ANTONELLI. Nous les reproduisons toutes deux dans notre travail.

Cette forme est caractérisée par l'apparition et la résorption rapide des caillots fibrino-hématiques dans l'humeur aqueuse. ZIMMERMANN (1893) expliqua sa formation en se basant sur la loi de *Conheim*: L'effusion des liquides prend le caractère hémorragique lorsque les parois des capillaires sont fortement modifiées par l'inflammation, la circulation en est considérablement entravée, comme c'est le cas dans les inflammations violentes. TEILLAIS (1894) déclare que l'iritis hémorragique ne doit pas être individualisée, elle constitue une complication le plus souvent bénigne des iritis séreuses.

Les caractères particuliers des inflammations iriennes ne subissent pas de modifications constantes avec la nature de l'affection causale (MORAX).

Un tableau symptomatique pourra donc être présenté à propos de n'importe quelle espèce d'iritis.

Notre description sera très rapide, nous ne nous arrêterons qu'à certaines particularités qui sont considérées par certains auteurs comme caractéristiques de l'origine blennorrhagique de certaines iritis. L'iritis blennorrhagique étant due à une septicémie, nous devrions voir tous les signes marquant cette infection précéder ceux de la localisation. Pratiquement, cette phase septicémique manque ou passe inaperçue.

Toutefois, dans les deux observations de M. le Professeur ROLLET, que nous publions, cette phrase d'infection générale a été des plus caractéristiques. La température élevée en plateau et l'état général indiquaient nettement

l'envahissement sanguin ; nous regrettons de n'avoir pu le mettre bactériologiquement en évidence.

Cet envahissement des humeurs peut être dû au gonocoque seul ou associé à d'autres germes. D'après CARAES, ces germes seraient par ordre de fréquence : le staphylocoque, le pneumocoque, le colibacille et le bacille de Koch.

Par la considération des différentes localisations gonococciques associées à l'iritis blennorrhagique, nous pourrions constituer trois types principaux.

I. TYPE PUR. — Ce type est constitué par l'iritis sans arthrite. Ce cas est assez rare, mais son existence est prouvée par les observations de GRIFFITH (3 fois sur 12 cas), de REBER et LAWRENCE, de CASTILLO, de TERRIEN et CANTONNET, observ. XXVII.

II. TYPE ASSOCIÉ A L'ARTHRITE. — C'est la forme qui correspond à la majorité des faits, l'atteinte articulaire précédant généralement l'apparition de l'iritis. Exceptionnellement, l'arthrite peut être antérieure à l'iritis.

III. TYPE ASSOCIÉ A LA CONJONCTIVITE MÉTASTATIQUE. — D'après les auteurs classiques, cette association serait fréquente. Nous la croyons, à la suite de nos recherches, plutôt rare. Nous avons pu en recueillir une quinzaine de cas, dont cinq publiés par VAN MOLL, les autres par DRUELLE, POSEY, WENDEL, REBER et LAWRENCE, HANFORD ME KEE. Nous reproduisons, dans nos observations, celle de ce dernier.

Il existe encore d'autres associations, mais elles sont exceptionnelles ; nous avons trouvé, par exemple :

L'association de l'iritis et de la dacryo-adénite (PANAS).;

L'association de l'iritis et de la sciatique;

L'association de l'iritis et de la névrite optique.

Au point de vue purement symptomatique, il semble que l'unilatéralité soit plus fréquente et que l'œil droit soit aussi souvent touché que l'œil gauche.

Les observations d'affections bilatérales ont été plus souvent constatées dans les cas d'apparitions tardives de la localisation irienne.

L'iritis blennorrhagique, ainsi que nous l'avons écrit plus haut, ne possède aucun signe pathognomonique. C'est à peine si nous pouvons relever dans sa symptomatologie certaines particularités dans la douleur. Cette dernière serait très intense; elle se localise comme dans toutes les iritis aiguës, au pourtour et surtout au bord supérieur de l'orbite. Cette localisation de la souffrance est due à une cyclite accompagnant, dans l'énorme majorité des cas, toute inflammation aiguë de l'iris. Quelquefois, l'extension du processus ne s'arrête pas au corps ciliaire, il s'étend beaucoup plus loin sur le tractus uvéal, en donnant naissance à la choréïdite. Nous rapportons, dans nos observations, quelques cas d'uvéïte gonococcique.

Cet élément douleur même n'est pas constant, car nombreux sont les cas d'iritis blennorrhagique à forme chronique, à allure torpide, sans réaction vive.

Quant aux autres signes, nous nous contenterons de les citer, vu qu'ils ne présentent aucune différence avec les formes correspondantes des autres inflammations iriennes. Ce sont :

L'injection vasculaire, l'apparition du cercle périkératique, le changement de coloration de l'iris, sa paresse à

réagir à la lumière et à l'accommodation, le rétrécissement de la pupille avec formation de synéchies postérieures et la diminution de l'acuité visuelle. L'apparition d'un petit hypopion (KRUCHMAN, 1908) serait une forte présomption en faveur d'une iritis gonococcique, ce caractère ne paraît pas avoir de valeur certaine, car les cas d'iritis à hypopion sont fréquents en dehors de toute blennorrhagie.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic sera généralement facile, il est peu d'affections capables de simuler l'iritis. Le changement de coloration de l'iris, ses réactions paresseuses, l'apparition du cercle périkératique et de l'injection conjonctivale, le rétrécissement de la pupille, la formation de synéchies postérieures, la diminution de l'acuité visuelle et, enfin, la douleur! voilà plus de signes qu'il n'en faut pour faire un diagnostic d'iritis.

Le diagnostic différentiel devra être fait avec la conjonctivite et le glaucome.

CONJONCTIVITE. — L'absence de symptômes iriens fera rejeter cette affection. Le diagnostic différentiel sera très facile, même quand cette conjonctivite sera d'origine gonococcique. Nous ne faisons, bien entendu, allusion qu'au type blennorrhagique métastatique étudié tout récemment à la *clinique de M. le Professeur ROLLET*, par MILOVANOVITCH. Cette affection se caractérise par une hyperémie conjonctivale intense accompagnée d'une sécrétion séreuse ne contenant pas de gonocoque. A côté de

cette forme métastatique, on rencontre la conjonctivite purulente blennorrhagique par contamination externe. Dans ce cas, le diagnostic sera basé sur la recherche du gonocoque dans la sécrétion conjonctivale.

GLAUCOME. — La membrane irienne dans l'iritis est épaissie. Gorgée de sang, elle donne la sensation très nette d'être augmentée de volume. Dans le glaucome, on observe les phénomènes contraires, l'iris est refoulé, comme atrophié, de plus la petite circonférence de l'uvée, c'est-à-dire la couche postérieure pigmentaire, devient visible, bordant le bord pupillaire d'un petit cercle noir.

De plus, la pupille est petite et contractée dans l'iritis, parfois irrégulière. Dans le glaucome, elle est dilatée, et le tonus est considérablement augmenté.

Si le diagnostic d'iritis est facile, celui de sa nature est parfois particulièrement difficile.

Nous avons vu que l'iritis blennorrhagique revêt tantôt la forme séreuse, tantôt la forme plastique, simulant souvent l'iritis syphilitique ou rhumatismale.

Les caractères même de l'infection irienne gonococcique étant insuffisants, sinon trompeurs, le diagnostic pourra devenir embarrassant si la recherche du gonocoque reste négative.

Dans les cas aigus d'uréthrite, le diagnostic bactériologique est simple, l'examen microscopique suffit. Il n'en est pas de même dans les complications génito-urinaires, surtout chez la femme. Il convient alors de soumettre les produits prélevés à toutes les épreuves capables d'identifier le gonocoque. Ces recherches seront faites après prélèvement de pus ou de sérosité au niveau de l'urèthre chez

l'homme, du col utérin chez la femme, de l'anus dans les cas d'ano-rectite. Dans les arthrites, il est nécessaire de faire une ponction exploratrice et d'étaler sur lame le liquide obtenu. Si les résultats de l'observation sont flous ou discutables, il est indispensable de procéder à l'identification au moyen de cultures.

Dans son article: *Existe-t-il une iritis blennorrhagique?* le professeur DE LAPERSONNE a montré qu'une frontière précise était bien difficile à tracer entre l'iritis blennorrhagique et l'iritis rhumastimale.

KRUCKMAN (1908) a bien essayé de faire de l'apparition d'un petit pypopyon, au cours d'une iritis du type rhumatismal, un signe en faveur de l'origine blennorrhagique de cette affection; ce caractère ne semble pas avoir de valeur certaine.

Les trois observations du Professeur DE LAPERSONNE sont des plus caractéristiques. Nous les reproduisons à la fin de notre travail.

Dans la première (observ. IV), le rôle du gonocoque comme « *primum movens* » est indiscutable.

Quant aux deux dernières observations (obs. V et XV), elles montrent combien est mystérieuse encore la question de l'infection irlenne.

Chez ces sujets, à la fois blennorrhagiques et rhumatismaux, le diagnostic, s'il ne se base que sur le tableau clinique, peut être parfois un problème insoluble. Aussi, croyons-nous indispensable d'insister sur la nécessité d'un examen complet des voies urinaires inférieures, chez tout malade atteint d'une iritis à laquelle on ne saurait, de prime abord, assigner une cause exacte.

Avant de rejeter son origine blennorrhagique, il faudra

procéder à une exploration minutieuse du canal et de ses sécrétions, s'assurant ainsi qu'un foyer latent n'est pas responsable des accidents oculaires.

Dans maintes observations, une goutte matinale insignifiante ne s'est-elle pas montrée capable d'occasionner la récédive de l'iritis?

C'est dans ces cas que le massage prostatovésiculaire pourra rendre des services, il accentuera l'écoulement et fera dans certains cas apparaître le gonocoque (BROWNING).

En dernier ressort, on a essayé d'appliquer au gonocoque la réaction de Bordet-Gengou et les épreuves de séro-diagnostic.

La première constituant l'épreuve de la déviation du complément a été étudiée tout récemment par notre camarade Lacroix, sous le nom de gono-réaction. Cette méthode, appliquée par DARIER, WENDEL REBER et LAWRENCE, VON-DEGRIFT, a permis de rattacher à la gonococcie des cas qui auraient pu être rapportés au rhumatisme ou à la métrite.

En pratique, il est malheureusement assez difficile de faire cette réaction. Les résultats sont souvent douteux. Ceci est d'ailleurs très explicable : Les anticorps du gonocoque étant très peu abondants, à moins d'infection violente ou de localisations nombreuses (KOLMER et BROWN), et disparaissant à la période chronique de l'affection (LACROIX).

Quant aux épreuves de séro-diagnostic, elles consistent à agglutiner une culture de gonocoques traitée préalablement par l'acide chlorhydrique faible (*méthode de Porges*), afin de rendre cet agent plus agglutinable. Cette méthode a été pratiquée avec succès plusieurs fois par NICOLLE, DUBAINS et JOUAN, pour déceler la nature gonococcique de

certaines complications pseudo-rhumatismales, articulaires ou oculaires.

On pourra employer aussi, comme moyen de diagnostic, l'hémoculture, nous en avons exposé la technique au chapitre premier.

TERRIEN et CANTONNET ont essayé d'établir le diagnostic des iritis par l'examen des éléments figurés du sang. Leur méthode est simple et ingénieuse. Etant donné que l'iritis est la localisation irienne d'une maladie générale, étant donné aussi que l'examen du sang est un des procédés d'investigation les plus simples et les plus sensibles qui nous permettent « d'explorer l'état général des malades atteints d'une affection en apparence localisée ». On comprend très bien l'ingénieuse idée de ces auteurs.

Ils étudièrent vingt-huit cas et aboutirent aux conclusions suivantes :

I. — Les iritis syphilitiques présentent une formule sanguine caractérisée par une anémie manifeste, un nombre à peu près normal de leucocytes, mais ces leucocytes ne sont pas entre eux en équilibre normal : il y a *mononucléose*.

II. — Les iritis non syphilitiques survenues dans le cours ou le décours d'infections aiguës ont une formule sanguine caractérisée par un nombre normal d'hématies et une leucocytose notable.

Les leucocytes ont conservé entre eux leur équilibre normal ou si cet équilibre est rompu, il l'est dans le sens de la *polynucléose*.

Il n'y a pas évidemment de formule mathématique et ces résultats empruntés à la pathologie générale ne permet-

tront pas toujours de préciser l'origine des iritis. Mais le clinicien pourra employer cette méthode simple pour trancher un diagnostic hésitant, s'il s'agit de blennorrhagie ou de syphilis par exemple.

CHAPITRE V

Pronostic et complications.

L'iritis blennorrhagique est une des variétés d'iritis les plus rapides dans sa marche, ses symptômes sont des plus violents ; mais elle cède plus rapidement, plus fréquemment, plus complètement que les autres à un traitement actif.

Il semble que ce soit du huitième au dixième jour que s'amendent les phénomènes aigus. La guérison intégrale exige un temps plus long, trois, quatre et même cinq semaines. L'évolution est, en général, favorable, surtout dans les iritis à apparition rapide. Dans la forme tardive, il semble que l'affection dure plus longtemps et que les résultats visuels soient plus mauvais. Dans tous les cas, il persiste des synéchies postérieures au moins partielles, ainsi que des dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieure.

Ces dépôts peuvent entraîner une diminution de l'acuité visuelle. L'évolution de cette affection vers une forme très grave est exceptionnelle.

DUPUY-DUTEMPS (1922) cité un cas peut-être unique : Il

s'agit d'une forme d'iritis et d'arthropathie chez un jeune homme. L'ankylose de toutes les articulations vertébrales et de celles des membres le maintenaient rigide, immobile dans son lit; seules, les articulations temporo-maxillaires étaient à peu près indemnes. Au niveau des deux yeux, l'inflammation irienne avait laissé comme lésion résiduelle une atrophie du tissu irien avec séclusion pupillaire. Quant à la vision, elle était réduite à la perception des gros objets.

Dans l'énorme majorité des cas, l'iritis blennorrhagique présente des guérisons complètes. « Dans aucune variété d'iritis, la guérison n'est aussi marquée. MACKENZIE, 1844 ». Ce caractère est dû au peu de tendance qu'ont les exudats à l'organisation.

Dans le pronostic, il y a toutefois une réserve à faire, les iritis blennorrhagiques ayant une grande tendance aux récidives. Ces récidives se produisent, soit au cours de la même infection blennorrhagique, soit à l'occasion d'une nouvelle contamination. Elles correspondent généralement à de nouvelles poussées articulaires ou à une recrudescence de l'écoulement urétral (DUPUY-DUTEMPS); toutefois, on a vu des récidives survenir dans l'intervalle de ces manifestations.

Le nombre des rechutes varie beaucoup. MANSILLA en a observé jusqu'à 14 chez un même malade. Malgré cela, dans la plupart des cas, à la suite d'un traitement énergique, les synéchies lâchent facilement et la résorption est très rapide.

Parmi les complications de l'iritis gonorrhéique, nous rangerons un type d'iritis relativement rare : l'iritis puru-

lente, puis le glaucome secondaire, la cataracte, l'atrophie de l'iris et l'atrophie du globe oculaire.

L'iritis purulente est dangereuse par l'abondance fréquente de l'exsudat pouvant entraîner une obstruction pupillaire complète, l'effacement de la chambre antérieure et l'accollement de la surface postérieure de l'iris à la cristalloïde antérieure (DRUELLE).

Des observations de ce type ont été publiées par DESPAGNET, ZIMMERMAN, RAUSCHENBACQ et MORAX.

Un autre danger de l'iritis purulente, c'est l'uvéite purulente. Dans le cas de STÉREN, elle a nécessité l'énucléation de l'œil.

Le glaucome secondaire est consécutif à la formation d'une synéchie circulaire ou totale (séclusion pupillaire), fermant la communication entre les deux chambres de l'œil (EPERON).

La cataracte ne s'observe que dans les formes sévères de cyclite ou de choroïdite.

L'atrophie de l'iris est la conséquence de poussées d'iritis répétées. L'iris prend alors une teinte ardoisée, son dessin s'efface, la membrane s'amincit, les réactions pupillaires se font de plus en plus rares jusqu'au moment où elles disparaissent complètement.

A la suite d'iridocyclites avec exsudats abondants, divers auteurs ont montré quelques cas d'*atrophie du globe oculaire*, mais dans la blennorrhagie, ce ne peut être qu'un cas tout à fait exceptionnel (HAMON).

CHAPITRE VI

Traitement.

Dans son article: *Existe-t-il une iritis blennorrhagique?* le professeur DE LAPERSONNE écrit : Nous aurons beau traiter l'infection blennorrhagique, faire des instillations de permanganate de potasse dans l'urèthre, ce n'est pas ainsi que nous ferons disparaître ces iritis rebelles!

Certes! les instillations et même les lavages uréthro-vésicaux n'ont pas la prétention de guérir l'iritis, leur but est de détruire le gonocoque sur place ou de lui rendre la vie impossible dans le milieu qu'il infecte.

On conçoit l'utilité qu'il y a de détruire un foyer microbien pouvant laisser émigrer des colonies nouvelles vers les parties plus ou moins lointaines de l'économie.

La thérapeutique locale est purement symptomatique, elle vise les gros symptômes de l'iritis: l'injection vasculaire, la contraction pupillaire et la tendance aux synéchies et, enfin, la douleur.

L'injection vasculaire sera combattue quand elle sera très violente. Pour cela deux sangsues seront placées à la tempe. C'est un facteur thérapeutique de tout premier

ordre, écrit DRUELLES, dans le traitement de l'iritis blennorrhagique comme dans celui de l'iritis syphilitique. Dans une des observations de cet auteur, la phase aiguë de l'iritis et les douleurs qui l'accompagnaient ne cédèrent qu'à la suite de cette thérapeutique.

MORAX conseille aussi dans les cas de grosse injection vasculaire de faire précéder l'instillation du mydriatique, par celle d'un collyre à l'adrénaline ; on emploie à la *clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, la solution suivante :

Solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000 4 gr.

Eau stérilisée 6 »

Deux à trois gouttes, à quelques secondes d'intervalle.

La contraction pupillaire et la tendance à la formation des synéchies postérieures sera combattue à l'aide de mydriatiques : atropine ou duboïsine.

Sulf. neutre d'atropine ou de duboïsine.... 0 gr. 03

Eau distillée 10 »

Quand on emploie ces derniers collyres, il est bon de rechercher la tension oculaire, l'augmentation du tonus étant une contre-indication à leur emploi. On fait alors usage d'une solution de scopolamine.

Bromhydrate de scopolamine..... 0 gr. 02

Eau distillée 10 »

Quant à la douleur elle sera calmée par des applications chaudes et par les analgésiques habituels : antipyrine, pyramidon, phénacétine, etc.

Si les douleurs sont intenses le repos visuel sera complet, le malade gardera la chambre et même le lit. A côté de ces médicaments symptomatiques, certains auteurs en employèrent d'autres avec succès. C'est ainsi que le

Professeur DE LAPERSONNE employait l'iodure de potassium, ZIMMERMAN le sublimé en injection sous-conjonctivale, RAUSCHENBACQ, les scarifications de la conjonctive et les applications chaudes. Chacun attribua à sa médication une valeur thérapeutique considérable. Nous comparerons leurs affirmations à celle « qui attribue la résolution d'une pneumonie, le septième jour, au vésicatoire qu'on aurait appliqué, vingt-quatre heures auparavant ».

Dans certains cas graves des interventions chirurgicales ont été préconisées, elles consistent en la *ponction* avec évacuation de l'humeur aqueuse quand l'iritis s'est compliqué d'hypertension oculaire et que les douleurs ne peuvent être calmées.

PUECH (1891) préconise la paracenthèse au début de toute iritis aiguë, dans le but de provoquer une contraction énergique du sphincter irien et de dégager ainsi la membrane irienne de ses adhérences.

L'iridectomie enfin sera toujours indiquée dans le glaucome secondaire aigu. Nous terminerons le chapitre du traitement par l'étude de la médication spécifique.

WRIGHT, le premier s'aidant du principe de la vaccination pasteurienne a cherché à obtenir un vaccin gonococcique curateur. A la suite de l'injection de ce vaccin, durant une phase de 48 heures les symptômes semblent s'aggraver, puis survient une amélioration marquée, durant 3 à 5 jours. Cette amélioration peut être continuée par une nouvelle injection plus forte que la première. Il semble que cette vaccinothérapie présente une certaine efficacité vis-à-vis des complications blennorrhagiques ; par contre dans le traitement des uréthrites son action est nulle.

Signalons les résultats fort intéressants obtenus par les vaccins sensibilisés (*méthode de BESREDKA*) dans le traitement de la gonococcie. Il en est de même du vaccin fluoré de CH. NICOLLE et BLAIZOT préparé avec une émulsion de gonocoques et de synocoques. Enfin le lipovaccin de LE MOIGNIC et SÉZARY semble doué d'un pouvoir curatif assez grand dans les complications articulaires. D'après les auteurs, il agirait aussi sur l'écoulement urétral qui n'excéderait pas 15 jours. A côté de la vaccinothérapie s'est installée la sérothérapie. Nous ferons tout à l'heure un parallèle entre les deux médications spécifiques.

ROGERS et THOZEY puis STERIAN ont préparé un sérum polyvalent. Pour cela, ils inoculaient dans la cavité péritonéale de la chèvre, des cultures sur gelose ascite de gonocoques provenant de plusieurs races.

A l'aide du sérum ainsi obtenu par injection sous-cutanée, ils ont traité avec succès des arthrites aiguës, mais ils n'ont observé que des insuccès dans le traitement des conjonctivites. Au cours de recherches ultérieures, ces résultats furent confirmés par LOUIS, SWINBURN, ZÉGLER, CINFFO et COLOMBO.

DEBRÉ et PARAFF reprirent ces expériences en injectant cette fois le sérum dans la cavité articulaire; sur 15 cas graves d'arthrite gonococcique la guérison est survenue 6 fois en 8 jours et 8 fois en moins de 15 jours.

SEBUNWAY (1914) rapporte un cas d'exacerbation d'une gonorrhée chronique de l'urèthre avec arthrite et iritis. On fit cinq injections en un mois, de sérum antigonococcique. Après la seconde injection toute douleur disparut, l'œdème des articulations diminua. Après un traitement d'un mois, il se développa de l'iritis et on pratiqua trois

nouvelles injections à 3 jours d'intervalle, l'iritis diminua rapidement et le malade guérit.

En résumé, la vaccinothérapie et la sérothérapie ont été employées avec un succès égal. Les statistiques ne montrent pas la supériorité d'une médication sur l'autre (REBER et LAWRENCE, KOBBLEDECK, BUTTLER). Nos préférences vont toutefois à la sérothérapie, sous la forme d'injections sous-conjonctivales de sérum polyvalent de STÉRIAN. On pourra, dans certains cas, se servir d'auto-vaccin obtenu au moyen de pus urétral prélevé sur le sujet; la préparation de ce vaccin est malheureusement trop longue.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Nous rapportons 22 observations, dont 2 personnelles, que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET. Nous les classons ainsi :

- Iritis plastiques associées aux arthrites;*
- Iritis séreuses associées aux arthrites;*
- Iritis associées aux localisations oculaires et autres;*
- Iritis purulentes et hémorragiques;*
- Iritis sans arthrite.*

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET)

Iritis gauche, arthrite des genoux gauche et droit, uréthrite à gonocoque. — Guérison.

T... entre à la clinique de M. le Professeur ROLLET le 15 décembre 1922, pour du larmoiement, de la photophobie et des douleurs de l'œil gauche.

L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent.

Vers la fin de septembre 1922, le malade contracta la blen-

norrrhagie. L'affection présenta tous les signes d'une uréthrite aiguë à gonocoques, avec écoulement abondant et tendance à la chronicité.

Le 1^{er} décembre, diminution subite et disparition presque totale de l'écoulement. En même temps, apparurent les symptômes d'une hydarthrose du genou gauche à développement rapide, avec fièvre et douleur; l'arthrite gauche a nécessité une ponction, depuis le genou est resté enflé et douloureux. Puis, *le 8 décembre*, apparition de douleurs au niveau du genou droit: une hydarthrose se développa, mais ses dimensions restèrent moins accusées qu'à gauche.

Le 11 décembre, le malade remarqua que son œil gauche larmoyait légèrement, dans la journée se développa un peu d'œdème de la paupière; *dans la nuit du 11 au 12*, apparition d'une douleur oculaire et péri-orbitaire gauche avec irradiation crânienne; cette douleur persista 3 ou 4 jours. *Le 15 décembre*, il entre à l'hôpital. On note à l'entrée un état général médiocre.

OD = Astigmatisme myopique = $1/3$ avec spher. — 1 et cyl. — 2 à 0°.

OG = larmolement très marqué, photophobie, pas de suppuration.

Léger œdème de la paupière supérieure, chémosis peu marqué. Il existe un cercle péri-kératique assez intense. L'œil n'est plus spontanément douloureux, mais la pression au niveau de la région ciliaire révèle une douleur. A la palpation profonde, on se rend compte que l'œil gauche est plus dur que l'œil droit. TOG = 35 au Schiøtz. L'iris gauche paraît tuméfié, gonflé; il a pris une coloration vert sale, l'iris droit est bleu. La pupille gauche est en myosis léger, il existe des synéchies qui paraissent totales, le fond d'œil difficilement éclairable paraît normal.

Au niveau des genoux, on constate un gonflement considérable, les méplats péri-rotuliens sont effacés, la peau n'est pas rouge, à la palpation on obtient facilement le choc rotulien. L'épanchement paraît beaucoup plus accentué à gauche qu'à droite. Les autres articulations ne sont pas atteintes.

19 décembre 1922. En raison de l'hypertension oculaire, le

malade n'a pas été atropinisé. Collyre à l'adrénaline. On a commencé le traitement par des injections de lait et de Dmégon.

10 janvier 1923. L'œil est devenu mou, traitement par l'atropine. La dilatation se fait très incomplètement

L'examen du gullstrand montre que tout le bord pupillaire est fortement adhérent sur la cristalloïde antérieure, surtout dans le segment supéro-interne où l'on note des larges synéchies.

Sur la cristalloïde antérieure, on voit le pigment irien disposé en poussière fine, notamment au voisinage des larges synéchies. Quelques vaisseaux superficiels sont hyperémiés, la membrane de Descemet ne présente aucune trace d'inflammation. Le même jour VOG = 1/10.

3 février 1923. Amélioration. VOG = 1/6, mais l'œil reste mou et la dilatation atropinique est faible : l'iris est toujours un peu trouble et tuméfié, la couronne de synéchies persiste.

Le traitement a consisté dans trois injections de lait de 2 cmc, les 16-19 et 26 décembre 1922, puis dans une série de Dmégon 1/4 de cmc le 22 décembre - 1/2 cmc le 24 décembre - 1 cmc le 27 décembre, le 29 décembre, le 31 décembre, le 2 janvier 1923. Enfin on fait le 8, le 19, et le 26 janvier des injections de 10 cmc de sérum antigonococcique.

Le 10 mars, VOG = 1/3. Le 20 mars, il quitte l'hôpital.

OBSERVATION II (*inédite*)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET)

Iritis double, urétrite à gonocoques.

M..., Joseph-Elisée, 35 ans, entre à la clinique ophtamologique de M. le Professeur Rollet.

Le 8 janvier. — Aucun antécédent héréditaire ni personnel, ni toute spécificité. Le malade est évacué du front en *novem-*

bre 1914 pour rhumatismes. Il semble d'après ce que dit le malade qu'il ne se soit pas agi de rhumatismes ; les articulations ne sont pas douloureuses et les douleurs plutôt musculaires siégeant aux membres inférieurs, était-ce une sciatique, on ne peut l'affirmer actuellement.

Le 18 novembre 1914. Le malade entre à l'hôpital 112 à Lyon, là on fait le diagnostic d'iritis bilatérale rhumatismale plus accusé à gauche, hypohéma de l'OG avec rétrécissement pupillaire $VOG = 0$. A cette date, vers le début de janvier, on fit une iridectomie supérieure de l'OG.

L'iritis de l'OD remonte au début de 1915, il s'est agi d'une inflammation par poussées successives accompagnées de douleurs, sans caractères précis, des membres inférieurs. Il entre le 8 janvier 1923 à la clinique de M. le Professeur ROLLET. A cette époque, il semble être au déclin d'une crise ayant débuté vers le 10 ou 15 décembre 1923.

A l'entrée, bon état général, examen négatif des articulations. Ni sucre, ni albumine dans les urines. On obtient facilement une goutte séropurulente uréthrale renfermant des gonocoques $VOG = 1/40$ sans corrections.

OG porte la trace d'une iridectomie supérieure, il persiste de nombreuses synéchies, le processus semble arrêté : pas de douleurs à la pression, ni rougeur ciliaire, tension normale à la palpation.

VOD = compte les doigts à 10 cm. Chemosis léger et cercle périkératique net, l'iris paraît gonflé et tuméfié, il existe de nombreuses synéchies postérieures, l'humeur aqueuse est légèrement trouble, l'œil est un peu mou à la palpation et assez douloureux. Les douleurs péri-orbitaires sont vives bien que la poussée semble à son déclin.

Le malade est soumis à l'atropine et à la galactothérapie.

17 janvier 1923. — La poussée a rapidement diminué la vision de l'OD est remontée à 1/10 sans correction (mauvaise volonté du malade ? on apprend, en effet, qu'il fait remonter la poussée actuelle d'iritis à la projection de corps étranger dans la conjonctive et veut en faire un accident de travail).

OBSERVATION III

(DRUELLE)

*Arthrite du genou et de l'articulation tibio-tarsienne, droite
iritis gauche. Uréthrite à gonocoques. Guérison.*

P... André a contracté une blennorrhagie il y a deux ans. Elle se compliqua d'arthrite du genou droit. Actuellement il existe une uréthrite antérieure et postérieure, nombreux filaments dans les urines, les phénomènes rhumatoïdes sont localisées au genou droit et à l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Au cours du traitement le 2 octobre, 1905 apparurent la rougeur et la douleur du globe oculaire gauche avec irradiation dans la région périorbitaire. A l'examen on constate tous les signes objectifs des iritis.

Traitée par l'application de sangsues au niveau de la région temporale gauche et des instillations d'atropine, l'iritis guérit complètement.

OBSERVATION IV

(DE LAPERSONNE)

*Polyarthrite, iritis gauche puis iritis droite, uréthrite
à gonocoques*

Un homme de constitution robuste n'ayant pas d'antécédents héréditaires, mais présentant malgré son âge (26 ans), des varices et même une cicatrice d'abcès variqueux a contracté à 18 ans sa première blennorrhagie. Elle guérit complètement.

A 21 ans, deuxième blennorrhagie compliquée un mois après son début d'arthrite des genoux et des chevilles, il séjourne trois mois à l'hôpital et en sort guéri. A 23 ans, troisième blennorrhagie compliquée encore d'arthrite ; pendant sa convalescence se déclare une iritis gauche.

Traité à l'Hôtel-Dieu pendant cinq semaines, il sort guéri, mais avec une goutte militaire qui va persister pendant 3 ans.

Dernièrement, sans poussée aiguë du côté de son urèthre, ou de ses articulations, il est pris brusquement pendant la nuit de violentes douleurs dans l'œil droit. A l'examen, on constate une iritis bientôt compliquée d'irido-cyclite. Traitée par le salicylate de soude et le pyramidon, l'affection s'est montrée fort rebelle.

OBSERVATION V

(DE LAPERSONNE)

Polyarthrite, iridocyclite récidivante, uréthrite à gonocoques

X..., 22 ans. Au cours d'un rhumatisme articulaire subaigu, il présenta une iridocyclite grave particulièrement améliorée par des injections de pilocarpine. Cette iridocyclite rhumatismale finit par guérir sans laisser de troubles visuels, bien que le malade soit atteint d'une myopie très forte. Deux ans après il contracte la blennorrhagie et depuis ce moment il est pris tous les deux ou trois mois, tantôt d'arthrites, tantôt d'iritis à forme cyclique. La blennorrhagie étant réduite à une goutte matinale, le prof. DE LAPERSONNE employa chez lui le traitement anti-rhumatismal en particulier dans la période aiguë (pilocarpine et salicylate de soude).

Le malade ayant quitté le nord de la France pour l'Algérie, il n'a plus eu de poussée d'irido-cyclite ni de rhumatisme grave.

OBSERVATION VI

(TERRIEN et CANTONNET)

Iritis séreuse de l'œil droit, rhumatisme blennorrhagique, uréthrite à gonocoques

The..., 32 ans, coiffeur, contracte la blennorrhagie en 1905, elle se complique de rhumatisme blennorrhagique. Depuis, persistance de l'écoulement, l'examen bactériologique montre de nombreux gonocoques.

Il y a deux ans, sous l'influence des fatigues et des excès, il se produit une recrudescence de l'inflammation uréthrale qui repassa à l'état aigu. Douze jours après, apparition d'une iritis séreuse de l'œil droit. Syphilis avouée et prouvée. Les auteurs ont cru devoir faire figurer ce cas dans ceux des iritis blennorrhagiques publiés. La formule leucocytaire nous montre à la fois l'anémie syphilitique et la réaction leucocytaire des affections aiguës : hématies, 3.400.000 ; leucocytes, 12.400 ; polynucléaires, 76 0/0 ; mononucléaires, 24 0/0.

OBSERVATION VII

(TERRIEN et CANTONNET)

Iritis séreuse de l'œil gauche, rhumatisme blennorrhagique, uréthrite à gonocoques

Fer..., 25 ans, employé de commerce, contracta la blennorrhagie il y a deux ans. Il y a quatorze mois, apparition d'un rhumatisme blennorrhagique, il y a quinze jours, début d'iritis séreuse de l'œil gauche.

L'examen du sang donne comme résultat : hématies, 4.800.000 ; leucocytes, 11.600 ; polynucléaires, 69 0/0 ; mononucléaires, 30.3 0/0.

OBSERVATION VIII

(BÜCKERS)

Conjonctivite double, iritis récidivantes, polyarthrite. Uréthrite blennorrhagique

X..., 29 ans, contracta la blennorrhagie en 1882.

Elle s'accompagna de conjonctivite double, d'arthrite. Deux ans après, nouvelle blennorrhagie, accompagnée d'arthrite et d'iritis de l'œil droit.

En 1885 troisième blennorrhagie compliquée de rhumatisme blennorrhagique et d'iridocyclite des deux yeux.

Retour des accidents oculaires quatre mois après, sans inflammation uréthrale nouvelle. En 1886, dernière poussée

de rhumatisme avec réapparition de l'écoulement urétral et irido-cyclite gauche.

OBSERVATION IX

(LIPSKI)

Conjonctivite double, iritis séreuse gauche, arthrite gauche, urétrite, blennorrhagie

B..., garçon de café, présentant de nombreux antécédents rhumatismaux, contracte la blennorrhagie le 20 juin 1895. Elle se complique dans les jours qui suivent d'une arthrite du genou gauche d'une conjonctivite assez intense des deux yeux et d'une iritis séreuse de l'œil gauche. Guérison.

OBSERVATION X

(PANAS)

Conjonctivite métastatique, iritis, dacryoadénite, arthrite du genou gauche et de la cheville gauche, urétrite à gonocoques.

X..., antécédents arthritiques, se présente avec les paupières gonflées et une photophobie intense, sécrétion conjonctivale séreuse abondante, mélangée à quelques rares filaments muqueux, douleurs orbitaires faibles, arthrite du genou et de la cheville gauche, au niveau de l'OD injection conjonctivale intense avec cercle périkeratique, l'iris est décoloré, l'humeur aqueuse un peu louche, la pupille est déformée, il y a plusieurs synéchies sans exsudat plastique. En résumé, il y aurait une iritis d'intensité moyenne et une vraie conjonctivite sero-vasculaire.

En priant le malade de regarder droit en bas et en dedans, on voit une énorme saillie lobuleuse aussi grosse qu'un haricot occupant tout le tiers externe du cul-de-sac supérieur. En même temps la palpation fait reconnaître une masse dure occupant la région de la fossette lacrymale de l'orbite. C'était la glande lacrymale enflammée et augmentée de volu-

me. Il y avait donc dacryoadénite sans exophtalmie à cause des petites dimensions de la tumeur.

Un traitement par le salicylate de soude et les iodures alcalins, par des pulvérisations chaudes et par l'atropine amenèrent la guérison complète.

OBSERVATION XI

(LIPSKI)

Conjonctivite double, iritis séreuse gauche, rhumatisme poly-articulaire, urétrite à gonocoques

B..., 25 ans, contracte une blennorrhagie le 25 juin 1895.

Il se traite seul sans résultat puis entre à l'hôpital le 13 juillet pour rhumatismes polyarticulaire et troubles oculaires.

A l'examen, les paupières ne sont pas enflées, le malade éprouve dans les deux yeux une sensation de brûlure, la cornée n'est pas enflammée, tout autour d'elle, la conjonctive injectée, gonflée, forme un bourrelet œdémateux, il existe une sécrétion de sérosité louche, mais non franchement purulente. On pose le diagnostic de conjonctivite rhumatismale blennorrhagique double. Le 26 juillet le larmoiement devient intense ainsi que la douleur périorbitaire.

A l'examen on constate un cercle périkératique très net, les pupilles sont petites, irrégulières, pas de synéchie. L'humeur aqueuse est un peu trouble, pas d'hypopyon, la vue est presque nulle. Un traitement à l'atropine est institué et le 10 septembre 1895, le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION XII

(HAWFORD ME KEE)

Iritis bilatérale, conjonctivite metastatique bilatérale, rhumatisme polyarticulaire, urétrite à gonocoques. Vaccinothérapie. Guérison.

Un homme de 24 ans m'a été envoyé pour une inflamma-

tion des deux yeux. Trois semaines auparavant il avait contracté une uréthrite aiguë. Une semaine plus tard, il constate à son réveil que ses paupières étaient adhérentes, durant la journée, il ne constata rien d'anormal, le lendemain et le surlendemain ses paupières étaient encore adhérentes. Il vint à la consultation le 9 août 1909, ses genoux étaient douloureux, enflés, il fut évacué sur l'hôpital. Actuellement il présente une conjonctivite purulente des deux yeux, l'absence d'injection du bord cornéo-scléral est très notable, la paupière supérieure est enflée, les genoux sont œdématisés, douloureux, il a enfin une uréthrite à gonocoques. Des lavages d'yeux à l'eau boricuée 3 fois par jour pendant trois jours constituèrent le traitement. La conjonctivite évolua en une semaine. L'examen bactériologique de la sécrétion oculaire n'a pas montré de gonocoque. Durant les deux semaines suivantes, le malade eut deux récidives. A ce moment se déclara un accès de rhumatisme polyarticulaire qui le força à garder le lit durant six semaines. Guéri, il quitte l'hôpital.

En novembre le malade revient pour une inflammation de l'œil gauche. L'examen montre une iritis marquée des deux yeux. On essaye la vaccinothérapie et on lui injecte le 25 novembre, 15 millions de gonocoques. Le 3 décembre encore 15 millions. Cette dernière injection ayant entraîné une réaction sévère, on le renvoie à l'hôpital. Grâce au repos complet et aux applications chaudes il est de nouveau en état de sortir le 23 novembre. Une semaine plus tard, il entre à nouveau présentant cette fois une hypersécrétion lacrymale remontant à deux jours, de l'injection conjonctivale et sur le tiers inférieur de la cornée une infiltration en V s'étendant sur les deux côtés. La vaccinothérapie associée aux instillations d'atropine est instituée à nouveau. Le malade complètement guéri sort le 22 janvier.

OBSERVATION XIII

(LIPSKI)

*Iritis, arthrite tibio-tarsienne et sciatique gauche,
uréthrite à gonocoques*

V..., 21 ans, maître-nageur, contracte la blennorrhagie le

1^{er} août 1895. Il se traite chez lui pendant six semaines à l'aide d'injections uréthrales d'eau boriquée. *Le 7 septembre* apparaissent les premiers signes d'arthrite tibio-tarsienne et de *sciatique* gauche, ainsi que des douleurs et des picotements au niveau de l'œil gauche. *A l'examen* on remarque de l'injection conjonctivale avec cercle périkeratique. L'ouverture pupillaire est contractée mais non déformée, l'iris est modifié dans sa coloration, la vision est très diminuée, on voit un nuage dans la chambre antérieure, la douleur, le larmoiement et la photophobie sont intenses. Traité le malade a guéri complètement.

OBSERVATION XIV

(DRUELLE)

Iritis gauche, arthrite, sciatique gauche, uréthrite à gonocoques

T., Gustave. 20 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 17 août 1903. Il contracte sa première blennorrhagie il y a un an. Soigné par les balsamiques elle dura 3 mois. Depuis un mois, le malade est porteur d'une nouvelle blennorrhagie vite compliquée de phénomènes articulaires. Actuellement la blennorrhagie est encore floride et l'urèthre est le siège d'un écoulement abondant. On note des arthropathies de sièges divers et de la *sciatique*. On traite l'écoulement par le permanganate de potasse.

Le 21 août, l'examen de l'œil gauche révèle de la photophobie, ce signe est rapidement suivi d'une sécrétion abondante séreuse. On note de l'injection périkeratique. La pupille est contractée, déformée, elle réagit mal à la lumière, vives douleurs locales.

On traite le malade par des instillations d'atropine, il guérit et sort le 6 septembre 1903.

OBSERVATION XV

(DE LAPERSONNE)

Iritis, polyarthrite, cystite, prostatite, uréthrite à gonocoques

Le sujet profondément arthritique a été atteint d'iritis rhumatismale à l'âge de 25 ans. Traité par la teinture de colchique et l'iodure de potassium il guérit complètement et sa vision redevient excellente.

Huit ans après il contracte la blennorrhagie et à partir de ce moment, sa vie devient un véritable martyr.

Du côté des organes génito-urinaires il y a de la blennorrhagie chronique, sa vessie s'infecte, il fait de la prostatite. Du côté de ses articulations il est ankylosé par les douleurs, enfin il a des poussées d'iritis avec des accidents glaucomateux très graves.

OBSERVATION XVI

(VETCH)

Polyarthrite, orchite, iritis gauche, uréthrite aiguë.

Le major X... contracta la blennorrhagie en 1809. Elle se compliqua d'orchite et d'arthrite. Aucun traitement ne parut modifier son mal, de plus l'œil droit fut bientôt atteint (?); il abandonna tout traitement et se retira à la campagne. En 1812, ayant repris du service, il fit toute la campagne d'Espagne. En 1814, nouvelle gonorrhée suivie de polyarthrite, puis l'œil gauche fut pris d'une *ophtalmie intense* qui fit concevoir de grandes craintes pour sa conservation. A l'examen, la pupille était irrégulière, la capsule du cristallin était légèrement opacifiée, il existait des adhérences entre elle et l'iris, sa vision était très affaiblie. Sous l'influence de la belladonne et du muriate de mercure, l'œil finit par se rétablir beaucoup plus rapidement qu'on ne l'avait pronostiqué.

OBSERVATION XVII

(MORAX)

Iritis récidivantes, arthrites, uréthrite blennorrhagique.

DUP..., 35 ans, aucune tare héréditaire. Le 22 décembre 1896, iritis avec hypopyon. A 20 ans, il contracta la blennorrhagie, elle se compliqua, huit jours après, d'hydarthrose du genou droit et d'iritis assez intense des deux yeux. Guérison un mois après. Le mois suivant, nouvelle poussée au niveau de l'œil droit, qui dure 8 jours. Depuis, à un ou dix-huit mois d'intervalle, il survient une poussée d'iritis atteignant un ou les deux yeux simultanément, cédant en une dizaine de jours, par des instillations d'atropine. Depuis sa première uréthrite, il en a contracté quatre autres accompagnées chaque fois de phénomènes articulaires du côté des genoux. La dernière poussée, il y a un mois, s'est accompagnée d'un léger hypopyon, qui a persisté une douzaine de jours, puis s'est résorbé; l'œil est devenu normal. Aujourd'hui, le malade ressent une vive douleur remontant à quatre jours, l'iris est injecté et il existe un hypopyon peu considérable, l'injection périkeratique est très marquée, un léger dépôt pigmentaire est visible sur la cristalloïde antérieure. Pas de synéchie. Le malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION XVIII

(DESPAGNET)

Iritis récidivantes avec hypopyon sans arthrite, uréthrite blennorrhagique.

X..., 19 ans, commis en nouveauté, se présente avec une iritis gauche compliquée d'hypopyon. L'œil est fortement injecté, la cornée est transparente, l'humeur aqueuse trouble, floconneuse. La chambre antérieure présente à sa partie inférieure une petite masse blanchâtre s'élevant à 15 dixièmes de millimètres au-dessus du bord inférieur de la cornée. La pupille est contractée, trouble, elle présente une légère déformation de son bord inférieur. Nous constatons, enfin, du

larmoiement, de la photophobie. L'interrogatoire nous apprend qu'il souffre de violentes douleurs péri-orbitaires et qu'il est en puissance de blennorrhagie depuis 15 jours. On le traite. Il guérit. *En juin 1886*, il contracte une nouvelle blennorrhagie. Elle est rapidement suivie d'une iritis intense sans hypopyon. Traitée, elle guérit. *En novembre 1887*, une dernière blennorrhagie suivie d'iritis est encore guérie.

OBSERVATION XIX

(ZIMMERMAN)

Irido-choroïdite purulente blennorrhagique, uréthrite aiguë.

Il s'agit d'un matelot âgé de 29 ans, atteint, à 3 reprises, d'uréthrite aiguë. Trois semaines après la deuxième atteinte, il a présenté une poussée de rhumatisme blennorrhagique poly-articulaires qui le tint alité pendant quatre mois et demi. La troisième blennorrhagie fut aussi accompagnée de troubles articulaires d'une durée de deux mois. Actuellement, il a un rétrécissement urétral.

Le 10 octobre 1894, l'œil droit devient sensible, il est injecté, le lendemain les paupières sont tuméfiées. Les phénomènes douloureux augmentent, entraînant une insomnie complète. *Le 15 octobre*, l'examen montre un gonflement très marqué des paupières, du chémosis conjonctival, la cornée est trouble, l'iris est coloré, la pupille est contractée, elle est le siège d'un exsudat grisâtre. Un hypopyon léger occupe la partie inférieure de la chambre antérieure; la tension oculaire est normale, on n'éclaire pas le fond; le malade aperçoit à peine les mouvements de la main à 15 centimètres de l'œil. Zimmerman fait alors des instillations d'atropine et des injections sous-conjonctivales de 1/10 de milligramme de sublimé. Amélioration le lendemain.

Le 18 octobre, l'état s'aggrave. Le malade ne compte plus ses doigts, la douleur et l'insomnie ont reparu. On reprend alors les injections de sublimé depuis quelques jours interrompues. *Le 22 octobre*, l'amélioration est manifeste. *Le 27*, on commence à apercevoir le fond d'œil. *Le 3 décembre*, il

ne reste plus que quelques synéchies et des dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieure, les exsudats du corps vitré ont complètement disparu.

Le 8 décembre, la guérison est complète, l'acuité visuelle est redevenue absolument normale.

Zimmerman conclut qu'il s'agissait d'une irido-choroïdite purulente d'origine blennorrhagique et que la guérison obtenue doit être mise sur le compte des injections sous-conjonctivales de sublimé.

OBSERVATION XX

(PANAS)

Iritis hémorragique, poly-arthrité, endocardite, uréthrite à gonocoques.

X..., âgé de 35 ans, contracte une blennorrhagie qui se complique bientôt de rhumatisme blennorrhagique. Presque toutes les articulations des membres sont atteintes, de sorte que le malade est pour ainsi dire cloué au lit, il ne peut bouger. Trois mois après, il est pris d'une iritis blennorrhagique droite: un caillot fibrineux remplit la moitié de la chambre antérieure, les douleurs orbitaires et péri-orbitaires sont très prononcées. On ordonne l'application de sangsues au niveau de la tempe droite et des instillations d'atropine, le malade est peu soulagé. Mais, dans la nuit, l'hémorragie se reproduit et soulage le malade. PANAS insiste particulièrement sur l'effet sédatif des saignées profuses dans les cas pareils.

Le malade a guéri complètement, il n'y a pas de synéchie, ce qui prouve que c'est une iritis séreuse plutôt que plastique. La vue est parfaite. Comme vestige d'une endocardite, il est restée une insuffisance aortique.

OBSERVATION XXI

(HAMON)

Iritis récidivantes, conjunctivite métastatique, uréthrite à gonocoque.

F... Louis, 27 ans, employé de commerce, entre, le 24 no-

vembre 1906, à l'hôpital Saint-Louis. A l'examen de ses antécédents, on note: *En 1896*, blennorrhagie avec iritis et conjonctivite. *En 1901*, chancre syphilitique et manifestations secondaires. *En 1905*, seconde blennorrhagie, avec arthrite rebelle des deux genoux. *Le 24 novembre*, il est hospitalisé pour une troisième blennorrhagie datant de dix jours et compliquée de violentes douleurs articulaires et d'une conjonctivite métastatique double. *Le 26 novembre*, la conjonctivite s'est accrue, les yeux sont rouges et présentent un léger suintement purulent. *Le 27 novembre*, on constate une sécrétion oculaire modérée peu purulente. Au niveau de l'œil gauche, cette conjonctivite passe au second plan, car il existe en même temps une irido-choroïdite caractérisée par la soudure complète de la pupille à la cristalloïde (synéchie presque totale) et des douleurs ciliaires intenses. Des applications de sangsues au niveau des tempes et des instillations de cocaïne-atropine et d'argyrol sont ordonnées toutes les quatre heures. *Le 4 décembre*, l'œil gauche est encore rouge, le cou-de-pied, le poignet gauche et le genou droit sont très douloureux. L'écoulement urétral est abondant, mais la recherche du gonocoque dans la sécrétion oculaire est restée négative. *Le 18 décembre*, amélioration remarquable, il n'y a plus de cercle périkératique, plus de douleurs ciliaires, la pupille est assez dilatée, peu de synéchies.

Vers la fin de janvier, le malade quitte l'hôpital et va à Vincennes, mais ayant repris son travail, les manifestations oculaires récidivèrent, ainsi que les manifestations articulaires. Hospitalisé à nouveau, il quitte l'hôpital *le 2 mars 1907* complètement guéri.

Le 9 février 1908, nouvelle blennorrhagie, iritis double alternante dans son intensité, datant de quinze jours; *le 13 février*, il sort sur sa demande, la blennorrhagie et l'iritis sont guéries. *En avril*, il fait une perforation palatine.

Le 25 mars 1910, nouvelle uréthrite qui se complique de conjonctivite et d'iritis gauche où la cornée à l'aspect terne. Les manifestations articulaires sont intenses et nombreuses, le malade est pâle, affaibli. *Le 29 mars*, l'examen permet de constater une IRITIS HÉMORRAGIQUE, avec vascularisation de l'iris et hypohéma. La tension oculaire est normale. *Du 1^{er}*

au 10 avril, cette iritis subit des alternatives d'amélioration et de rechutes, puis l'état s'améliore peu à peu. Le 15 mai, le malade, soulagé, quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXII

(TERRIEN et CANTONNET)

*Ségmentite métastatique des deux yeux sans arthrite,
urétrite à gonocoques.*

Wes..., 23 ans, sommelier, contracta la blennorrhagie il y a 4 mois, elle dura 1 mois.

Depuis, goutte matinale contenant de nombreux gonocoques. Il y a six semaines se déclara une segmentite antérieure de l'œil gauche; 15 jours après, l'œil droit est pris. Actuellement, il existe encore un certain degré d'inflammation. L'examen hématologique donne : Hématies 3.880.000 ; leucocytes 8.000 ; polynucléaires 65 0/0 ; mononucléaires 35 0/0.

CONCLUSIONS

I. — L'iritis blennorrhagique est une affection très anciennement décrite par VETCH (1830, LAWRENCE (1830), MACKENZIE (1844). Quoiqu'on ait admis encore tout récemment que l'iritis est une inflammation exacerbée ou réveillée par la gonococcie, nous pensons qu'on doit conclure aujourd'hui qu'il s'agit d'une entité morbide indiscutable.

II. — La découverte du gonocoque dans la chambre antérieure de malades atteints d'iritis blennorrhagique; la reproduction d'iritis par injection de cultures et de toxines dans la chambre antérieure de l'animal, d'après les expériences faites à la clinique ophtalmologique de Lyon, nous permettent de croire à l'existence d'une iritis blennorrhagique vraie.

III. — Toute iritis blennorrhagique est consécutive à une gonococcémie passagère, parfois latente. Cette septicémie non mortelle est à point de départ urétral.

IV. — L'iritis blennorrhagique dans la plupart des cas apparaît de quelques jours à trois mois après l'écoulement. Elle peut être encore plus tardive.

La lésion est unilatérale, mais la bilatéralité est plus fréquente dans les formes tardives et récidivantes.

V. — L'iritis blennorrhagique est une affection relativement rare; d'après nos recherches à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, elle paraît réclamer pour elle 5 0/0 des iritis. Elle semble plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

VI. — Les auteurs insistent sur la forme séreuse des iritis blennorrhagiques; cependant, dans nos cas recueillis, nous avons observé la forme plastique.

A côté de ces iritis séreuses et plastiques, nous avons pu relever quelques cas d'iritis purulente et d'iritis hémorragique.

VII. — Nous reconnaissons à l'iritis blennorrhagique un type pur sans arthrite, rarement observé; un type associé à l'arthrite, c'est le plus fréquent, et, enfin, un type associé à d'autres lésions oculaires (conjonctivite métastatique et dacryo-adénite), ou à la sciatique, endocardite, etc.

VIII. — Le diagnostic sera généralement facile : la notion d'un écoulement ou la coexistence d'arthrites viendront éclairer l'étiologie de l'affection.

IX. — Le pronostic est le plus généralement bénin; il faudra toutefois faire une réserve, en raison des récidives fréquentes.

X. — Comme traitement, l'iritis blennorrhagique bénéficiera particulièrement de la vaccinothérapie et de la sérothérapie antispécifique.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
ROLLET.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 1^{er} Juin 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- AHMAN. — De l'influence blennorrhagique générale. *Archives de Dermatologie*, 1896, Tome II, p. 323.
- AXENFELD. — *Traité d'ophtalmologie* (Paris, 1914).
- BALZER. — Causes d'infections généralisées dans la blennorrhagie. *Journal des Praticiens*, 1900, XIV.
- BALZER. — Die ursachen der allgemeininfektion bei blennorrhæ. *Wien. med. Presse*, 1900, XLI, p. 1945.
- BROUARDEL et GILBERT. — Blennorrhagie. *Traité de médecine et de thérapeutique*, 1896, Tome II, p. 389.
- BUCKERS. — Deux cas d'iritis tardives et récidivantes. *Klin. Monatsbl. f. Augen.*, 1886.
- BUSSY. — Les injections de lait en thérapeutique oculaire. *Journal de Médecine de Lyon*, 1922.
- BUTTLER. — Trois cas d'iritis traités par le sérum de Parke-Davis. *The ophthalmoscope*, 1911.
- CARAES. — Phlébite d'origine blennorrhagique. *Thèse de Paris*, 1901-02.
- CHEATHAM. — *Archives of ophtalmology*, vol. XXV, n° 3, p. 510.
- CHRISTMAS. — Le gonocoque et sa toxine. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1897.
- COLOMBINI. — *Encyclopédie française d'ophtalm.*, p. 4 et 163.
- DEL CASTILLO. — Iritis blennorrhagique. *Clin. ophtalm.*, 1900.
- DESPAGNET. — Deux cas d'iritis blennorrhagique. *Rec. d'opht.*, 1888.
- DIXON. — *Medical Times and gazette*, 1852.
- DOPTER et SACQUEPÉE. — *Précis de bactériologie*, Malloine, Paris, 1919.

- DUPUY-DUTEMPS. — *Rapport présenté le 8 mai 1922, à la Société française d'ophtalmologie: irido-choroïdite au cours des infections aiguës.*
- DRUELLE. — Quelques cas d'iritis blennorrhagique. *Clin. opht.* 1900.
- FAURE-BEAULIEU. — Septicémie gonococcique. Thèse. Paris, 1906.
- FUCHS. — *Manuel d'ophtalmologie*. Traduction Lacompte et Leplat, 1892.
- FERRY. — Iritis et dacryoadénite blennorrhagique (*compte rendu*). *Archives opht.* 1905.
- GRIFFITH. — Douze cas d'iritis. *Soc. d'opht. du Royaume-Uni*. Séance du 9 novembre 1899,
- HAMON. — Iritis blennorrhagique. *Thèse de Paris*, 1910-1911.
- HAWFORD ME KEE. — Métastati gonorrhéal conjunctivitis With Keratitis and iritis; two cases. *The ophthalmoscope* 1914, p. 143.
- KOLMER et BROWN. — La fixation du complément dans la gonococcie. *Journal of infection diseases*, 1914.
- KRUCHMAN. — *Traité de Graefe Sæmisch*, 2^e édition: les maladies du tractus uvéal, 1908.
- LACROIX. — Gono-Réaction. *Thèse, Alger*, 1921.
- LAGRANGE et VALUDE. — *Encyclopédie d'ophtalmologie*, 1910.
- LAPERSONNE (de). — Existe-t-il une iritis blennorrhagique. *Arch. d'ophtal.-urologia*, 1905.
- LAWRENCE. — *Traité des maladies des yeux*, Paris, 1830.
- LEBER. — *Traité d'ophtalmologie de Græf Sæmisch*, 1906.
- LICHTEINSTEIN. — *Prager médical Wochench*, 1898, 2. felle von gonorrhöischer Allgemein infektion.
- LIPSKI (H). — Des complications métastatiques de la blennorrhagie. *Thèse, Paris*, 1895.
- MACKENZIE. — Traduction Varlomont. *Traité pratique des maladies des yeux*, 1844.
- MANSILLA. — Un cas de panophtalmie métastatique d'origine uréthrale. *Racueil d'ophtalmologie*, 1899.
- MILOVANOVITCH. — Conjonctivite blennorrhagique métastatique. *Thèse, Lyon*, 1923.
- MOLL. — *Congrès d'ophtalmologie d'Utrecht*, 1893.
- MORAX. — Irido-choroïdite suppurative gonococcique termi-

- née par la guérison. *Annales d'ocul.*, 1895.
- MORAX. — Iritis récidivante blennorrhagique, *Ann. d'ocul.*, 1893
- MORAX et ELMASSIAN. — Les toxines dans les inflammations de la conjonctive. *Annales d'ocul.*, 1899.
- MORAX. — *Précis d'ophtalmologie*, Paris, 1919.
- OFFRET. — Trente-deux cas d'ophtalmie gonococcique traités par le vaccin de Nicolle et Blaizot. *Annales d'oculistique*, 1924, vol. 151, p. 89.
- PANAS. — Maladies des membranes internes de l'œil.
- PANAS. — Dacryo-adénite, iritis et conjonctivite d'origine blennorrhagique. *Leçon faite à l'Hôtel-Dieu en 1894*.
- PANAS. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. 1894.
- PANAS. — Névrite optique d'origine blennorrhagique. *Presse médicale*, février 1895.
- PUECH. — *Recueil d'ophtalmologie*, 1891.
- ROLLET (J.). — Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique, 1858.
- ROLLET et AURAND. — Recherches expérimentales sur les infections oculaires par le gonocoque. *Revue générale d'opht.*, 1912.
- ROLLET et COLRAT. — Iritis gonococcique. *Société d'ophtalmologie de Lyon* (mars 1923) et *Lyon médical* (mai 1923).
- ROUSSEAU. — *Thèse de Paris*, 1914.
- SHUMWAY. — Un cas d'iritis gonococcique guéri par le sérum anti-gonorrhéique. *Annales of. ophtalmologie*, avril 1910.
- SIDLER-HUGENIN. — Ueber metastatische Augenentzündungen namentlich bei Gonorrhoe. *Arch. f. augenh.*, 1911.
- SOUPLET. — La blennorrhagie, maladie générale. *Thèse Paris*, 1893-1894.
- STRATIGOPOULOS. — De la phlébite blennorrhagique. *Thèse Montpellier*, 1888-1889.
- STÉRIAN (sérum de) dans le traitement de la conjonctivite blennorrhagique.
- TERRIEN. — *Précis d'ophtalmologie*. Paris, 1919.
- TERRIEN et CANTONNET. — Eléments figurés du sang et diagnostique des iritis, avec 38 observations. (*Arch. opht.* 1907).

- VANDRESTRAETEN. — Des affections oculaires d'origine blennorrhagiques. *Annales d'oculistique*, 1891, p. 106 et 396.
- WENDEL, REBER et LAWRENCE. — Iritis gonococcique. *Clin. opht.*, 1914.
- VETCH. — *Practical treatise on the diseases of the eye*, p. 195. London, 1820.
- VONDEGRIFT. — *Journal of america medic. association*, 8 janv. 1912.
- WORDSWORTH. — Inflammation gonorrhéique du globe oculaire. *Ophthalm. Hôpital reports*, N° 4, 1863.
- ZIMMERMAN. — *Klin. monatsbl. f. Augenh.*, 1895,
-

CONCLUSIONS

Avant-propos.....	7
Introduction.....	8
Chapitre I. — Historique et Pathogénie.....	9
Chapitre II. — Etiologie.....	18
Chapitre III. — Anatomie pathologique et Symptomato- logie.....	22
Chapitre IV. — Diagnostic.....	28
Chapitre V. — Pronostic et complications.....	34
Chapitre VI. — Traitement.....	37
Chapitre VII. — Observations.....	42
Conclusions.....	59
Bibliographie.....	63
